

(表)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規・更新)										
受診者	受給者番号									
	ふりがな 氏名					性別	生年月日			
	個人番号						年月日(歳)			
	住所 (居住地)	〒				連絡先 (電話)				
	加入 医療保険	ふりがな 被保険者氏名					受診者 との続柄			
		保険種別	健保協会 健保組合 国保 共済 国保組合 その他()							
		保険者名称				被保険者証記 号・番号				
病名 (主疾病)				病名 (副疾病1)			病名 (副疾病2)			
(申請者 保護者)	ふりがな 氏名					受診者との 関係				
	個人番号									
	住所	〒				連絡先 (電話)				
受診を希望する指 定医療機関等	医療機関等名				所在地					
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着			<input type="checkbox"/>	重症患者認定				
	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期								
他の小児慢性特定疾病での受給者証の支給の有無					有 (受給者番号)・ 無					
申請する受診者と同じ世帯内で指定難病・小児慢性特定疾病医療費助成を受けており、かつ、同じ医療保険に加入する者の有無					有 (氏名・受給者番号)・ 無					
小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日(診断年月日等) 【新規のみ記入】	年 月 日			【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 ()						
私は、裏面記載のとおり医療意見書の研究利用について同意します。【同意する場合のみ記入】							申請受付年月日			
私は、上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。										
申請者 住所 氏名 (宛先) 大津市長				受給者との続柄()						

保健所記入欄	世帯の市町村 民税課税状況 等	課税	円 (市町村民税課税額(所得割))			自己負担上限額の特例 に関する書類確認	有・無
		非課税	保護者(本人) 収入額	80万円以下・80万円を超える		月額自己負担 上限階層区分	
	加入医療保険変 更の有無	有・無	送付先の有無	有・無	特記事項		

- 注1 標題の申請のうち、新規・更新のいずれか該当する事項に○をしてください。
- 2 受給者番号は、更新の場合のみ記入してください。
- 3 病名欄は、申請する病名が複数ある場合は全て記載してください。
- 4 受診を希望する指定医療機関等欄(薬局又は訪問看護事業所を含む。)に不足があるときは、裏面に記載してください。
- 5 自己負担上限額の特例欄の記載は、裏面の注意事項を参照の上、該当するものの口にレ印を記入してください。
- 6 支給開始日は、指定医が疾病の状態の程度を満たしていると診断した日(ただし遡り期間は原則申請日から1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日まで遡ることができます。
- 7 保健所記入欄には、記入しないでください。

○医療意見書の研究利用の同意について

小児慢性特定疾病の研究を推進するため、提出した診断書(医療意見書)を厚生労働科学研究において、個人情報保護の下で疾病研究の基礎資料として使用されることに同意します。
厚生労働省では、小児慢性特定疾病の研究を推進するため、本申請書に添付された診断書(医療意見書)をデータベースに登録し、厚生労働省の研究事業等の基礎資料として使用することとしています。
また、医療意見書の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。

○注意事項

- (1) 人工呼吸器等装着
継続して常時、生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者であること。
生命維持装置のうち、人工呼吸器を装着している者について、継続して常時とは、医学的に一日中施行することが必要であって離脱の可能性がないことをいう。
- (2) 高額な医療が長期的に継続する患者の特例(「高額かつ長期」)
高額な医療が長期的に継続する患者とは、月ごとの該当する医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある者であること。
- (3) 重症患者認定
平成26年厚生労働省告示第462号に定める小児慢性特定疾病による身体の状況又は当該小児慢性特定疾病に係る治療の内容に該当する者であること。
上記の特例については、医師による証明等、病院等の証明等の書類を添付してください。

○加入医療保険に関する事項

支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)

世帯員氏名	個人番号	受診者との続柄

○支給認定基準額に関する事項

※該当する場合のみ、こちらへ記入をお願いします。

市町村民税非課税世帯で基礎控除後の年収が80万円以下の場合	(提出書類以外に)児童福祉法施行規則第7条の5各号に掲げる給付の支給は受けていません。 氏名
所得を確認する書類を提出しない場合	小児慢性特定疾病医療支援負担上限額は、児童福祉法施行令第22条第1項第1号(児童福祉法施行令の一部を改正する政令(平成26年政令第357号)附則第3条の規定により読み替えて適用する場合を含む。)の規定による額になることを了承し、所得を確認する書類は提出しません。 氏名

注 不要の文字は、抹消してください。

○指定医療機関に関する事項

受診を希望する指定医療機関等

	医療機関等名	所在地
受診を希望する指定医療機関等		

【申請者(保護者)の住所地以外に郵便物等の送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。】

送付先住所	〒
氏名	本人との関係() 電話()